


## 河南省限制类医疗技术临床应用备案表

一、医疗机构基本信息				
医疗机构名称 (盖章)	郑州唯美口腔医院		等级/类别	二级口腔医院
医疗技术临床应用 管理委员会联系人	侯利刚	所在部门	办公室	联系电话
18137676352				
二、申请备案限制类医疗技术信息				
技术类别 (打勾)	国家限制类 <input type="checkbox"/> 省级限制类 <input checked="" type="checkbox"/>			
备案类别 (打勾)	首次备案 <input checked="" type="checkbox"/> 首例开展日期: 2023年9月10日, 申请备案日期: 2023年9月11日			
	重新备案 <input type="checkbox"/> 既往备案日期:    年  月  日			
医疗技术名称 (请务必按照附件1、2 所列名称, 规范填写)	_____ 口腔种植诊疗 _____ 技术			
	如以上申请备案技术包含分项技术, 请在 右侧栏目分别注明	(一)		
		(二)		
		(三)		
		(四)		
		(五)		
		(六)		
应用科室名称				
具备资质 人员信息 (可另附页)	姓名	执业证书编号	姓名	执业证书编号
	侯利刚	120310113000633		

三、自查评估信息	
1. 所依据的医疗技术管理规范/专家共识名称	
2. 评估形式 (打勾)	管理委员会 <input checked="" type="checkbox"/> 参会人员: 侯利刚、吴超杰、孙彦超、孙彦伟、陈书斌、娄军莉、王从丽、闫召民 伦理委员会 <input checked="" type="checkbox"/> 参会人员: 张义福、侯利刚、吴超杰、王天才、闫召民、孙彦超、孙彦伟、陈书斌、娄军莉、王从丽、李辉 其他形式 (请具体说明):
3. 评估主要内容	<p>一、郑州唯美口腔医院有郑州市卫生健康委员会部门核准登记的口腔科诊疗科目、麻醉科、医学检验科、医学影像科目, 位于河南省郑州市金水区文化北路50号1号楼1号, 经营面积2000平方米; 现有口腔颌面锥形束计算机体层摄影设备、牙科X线影像机、口腔种植机、牙科综合治疗椅等; 我院目前注册医师18人: 其中主任医师1人、副主任医师1人、主治医师4名、执业医师12人: (其中麻醉师1人、放射医师1人、口腔执业医师10人), 目前医院的注册护士: 共计23名, 护士3名, 护士18人, 主管护师1人, 药学人员1人, 符合原卫生部印发的《医疗机构基本标准》的基本要求; 我院有独立的专门用于口腔种植外科治疗的诊疗间, 口腔种植诊室具备基本诊疗设备及附属设施, 还装备口腔种植动力系统, 种植外科器械, 种植修复器械及相关专业器械; 具备曲面体层CT影像诊疗设备及诊断能力; 口腔种植诊疗诊室的消毒管理符合《医疗机构口腔诊疗器械消毒技术操作规范》的要求</p> <p>二、侯利刚已取得《医师执业证书》, 执业范围为口腔专业; 本院医师侯利刚, 男, 具有口腔医学专业本科学历的口腔执业医师, 侯利刚于2023年6月1日至2023年8月31日, 在郑州大学第一附属医院口腔种植科口腔种植诊疗技术进修期满, 考核合格, 准予结业, 于2023年9月1日颁发结业证书, 达到口腔种植技术管理规范中医师基本要求, 接受口腔种植学培训和学习满3个月并获得结业证书, 可从事口腔种植诊疗活动。</p> <p>三、我院严格遵守相关技术操作规范和诊疗指南, 根据患者病情、可选择的治疗方案等因素综合判断治疗措施, 因病施病, 合理治疗, 严格掌握口腔技术的适应症和禁忌症, 对患有全身或局部疾患等种植禁忌症的患者, 应当待全身或局部疾患改善后酌情实施种植治疗, 针对同意接受种植治疗的患者, 经治医师应当履行告知义务, 并签署种植治疗知情同意书; 我门诊部按照《病历书写基本规范》建立种植门诊病例; 医疗机构和医师按照规定定期接受口腔种植技术临床应用能力评价和临床应用效果评估; 建立完善相关技术临床应用管理制度</p> <p>四、口腔种植技术所需的材料、设备、器械是经过国家药品监督管理部门审批的, 在使用器材时建立了器材登记制度, 保证了器材来源的可追溯性, 严格按照国家物价、财政政策, 按规定收费</p> <p>五、郑州唯美口腔医院严格按照国家及河南省有关口腔种植技术备案管理的相关要求申请开展口腔种植诊疗技术, 我院成立种植管理小组, 我院成立种植科质量与安全管理小组、医疗质量与安全委员会、医疗技术临床应用管理委员会、伦理委员会; 委员会对我院开展口腔种植诊疗技术进行技术评估和安全评估、可行性与正当性, 按照口腔技术管理规范所规定的条件, 本医疗机构具备口腔种植诊疗技术规范, 特申请口腔种植技术备案, 望上级领导给予批准!</p>
4. 评估结果 (打勾)	是否符合相应医疗技术管理规范要求: 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
四、医疗机构意见	
是否同意开展该类别技术 (打勾)	是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
法定代表人意见	签字 (盖章): 

说明:

- 关于医疗技术名称规范填写: 如“神经血管介入诊疗技术”为医疗技术名称, “颅内动脉瘤血管内治疗术”为分项技术名称; 再如“妇科内镜”为医疗技术名称, “腹腔镜下卵巢癌全面分期手术”为分项技术名称。
- 关于评估主要内容: 须严格根据其功能、任务和自身条件、能力等, 综合评估是否符合国家和我省要求, 以及建立完善相关技术临床应用管理制度等情况。